様式２

診　　　断　　　書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  　氏　　名 | 男  女 | 生年月日 | 年　　月　　日  　　　 　　　　　（　　　歳） |
| 診　断　名 | (※ICD-10による診断名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | |
| 発病以来の  症状及び経過 |  | | |
| 現在の病状 | (通院頻度)  (治療･服薬内容) | | |
| 復職支援  プログラム  実施の適否 |  | | |
| 復職支援プログラム実施にあたり職場が配慮する事項 |  | | |
| 上記のとおり診断いたします。  　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名 | | | |
|

　※診断名については、ICD-10(国際疾病分類第10版)によるものを併記してください。